

| | | |
|---|--|--|
|  | RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19 PÉRIODE DE DÉCONFINEMENT | Création Date : 25/05/2020 |
| | | Validation technique Direction Métier (DOS) Date : |
| | | Approbation Cellule Doctrines Date : 26/05/2020 |
| | | Validation CRAPS Date : 27/05/2020 |
| COVID-19 076 | ADAPTATION DE L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS PEDIATRIQUE A UNE REPRISE DE L'ACTIVITE MEDICO- CHIRURGICALE | Version : 1 Date : 27/05/2020 |
| | | Type de diffusion Diffusion partenaires externes Site internet ARS |
| Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante | | |

Objet du document

Le document s'adresse aux structures, établissements et professionnels de santé intervenant auprès d'enfants (moins de 18 ans) et vise à accompagner la reprise d'activité au moment du déconfinement.

L'objectif est de proposer des éléments de cadrage régional et permettre ensuite une déclinaison territoriale adaptée. La reprise d'activité pourra être différemment envisagée en ville ou en établissement, en centre hospitalier général ou en hôpital pédiatrique, en service de pédiatrie hospitalo-universitaire de référence ou en service de pédiatrie générale ou multidisciplinaire.

Ces recommandations succèdent aux recommandations d'organisation de la filière pédiatrique pour la prise en charge des patients COVID-19¹, y font référence mais leur champ d'application s'élargit à l'ensemble de la prise en charge des enfants avec un statut COVID-19 positif ou négatif au moment du déconfinement.

Ces recommandations doivent être étroitement articulées avec les recommandations concernant la chirurgie, la santé mentale et les enfants porteurs de handicap, elles doivent être connectées aux recommandations consacrées aux 2 extrémités de l'âge pédiatrique : la périnatalité et l'adolescence, et être en cohérence avec les préconisations pour l'organisation des PMI et établissements d'accueil des jeunes enfants. Elles ont enfin vocation à s'articuler avec les recommandations des différentes spécialités médicales en charge des patients adultes et bien sur des recommandations sur la prise en charge des soins critiques.

¹ Recommandations régionales. Critères d'hospitalisation / prise en charge ambulatoire des patients COVID19+ Filière PEDIATRIE Phase 2bis et Phase 3 épidémique Date : 10/03/2020
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

Ces recommandations évolueront avec les connaissances sur le COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales

Elles sont issues de nombreux échanges avec les professionnels chefs de services de pédiatrie franciliens, collégiales et sociétés savantes.

1. Cadre général des recommandations de reprise de l'activité de la filière pédiatrique

Les recommandations de reprise de l'activité dans la filière pédiatrique s'inscrivent dans le cadre plus général des recommandations nationales et les recommandations régionales ne sauraient y déroger.

Les lignes directrices et principes généraux ont été définis sur la base :

1) De textes réglementaires

- **Instruction ministérielle (MINSANTE/CCS 2020 n° 80 : lignes directrices relatives à l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière).** 23 Avril 2020

Les principes d'organisation sont déclinés territorialement par chaque ARS, sont appelées à être modulées au cours du temps et de l'impact de l'épidémie sur le système de santé francilien et reposent sur :

1. Le maintien des filières COVID+ et COVID- distinctes ;
2. Le maintien d'une capacité de réponse en réanimation ;
3. Le maintien de la possibilité de prendre en charge des patients dont le retard aux procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques constituerait une perte de chance ;
4. L'élaboration d'un plan régional de reprise de l'activité de soins non urgents ;
5. La nécessité d'assurer les moyens de récupération des professionnels de santé.

- **Les recommandations ARS Ile de France : Adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière à une reprise de l'activité médico-chirurgicale dans le cadre de la baisse d'activité liée au COVID-19 (62)** 23 Avril 2020²

L'ARS IDF coordonne l'ensemble des partenaires publics et privés impliqués pour un retour à une offre de soins calquée sur ce qu'elle était avant la crise progressif, équilibré, en cohérence avec l'offre territoriale, en respectant les filières et conventions inter-établissements.

- **Lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement** 6 Mai 2020

1. Maintenir une capacité de soins dédiée au covid-19 intégrant l'hypothèse d'une résurgence de l'épidémie ;
2. Contenir la propagation de l'épidémie : Dépistage ciblé et réactif les tests, stratégie de contact-tracing et stratégie de port de masque/ maintien de la distanciation physique ;
3. Garantir la reprise progressive sur l'ensemble des segments d'activité, la prise en charge hors Covid en priorisant la reprise pour éviter les pertes de chance ;
4. Reprise d'activité et reprise d'activité concertée entre les établissements

² <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

- **Recommandations d'utilisation des masques faciaux dans le contexte d'un processus progressif de déconfinement** 6 mai 2020
- **Déploiement stratégie contact-tracing post-confinement et modalités de mise en œuvre / au sein des établissements de santé (dispositif en 3 niveaux de détection) MARS 48/2020** 9 mai 2020
- **Stratégie de contact-tracing post-confinement et modalités de mise en œuvre MINSANTE 99** 9 Mai 2020
- **Guide ministériel COVID-19 : Modes d'accueil du jeune enfant** - 6 Mai 2020
- **Guide ministériel COVID-19 : Protection de l'enfance** - 10 Mai 2020

2) de recommandations de structures ou sociétés savantes

- Document de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris : Organisation du parcours des patients, de la protection des patients et des personnels à l'heure du confinement et de la reprise de l'activité non COVID-19 - 6 Mai 2020
- Recommandations de la société Française d'Hygiène Hospitalière relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins. 6 Mai 2020
- Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie-réanimation dans le contexte de pandémie de COVID-19 Version Mai 2020 Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (questionnaire standardisé COVID-19 pédiatrique, algorithme pédiatrique)
- Recommandations pour favoriser le retour des enfants avec maladie chronique dans leur établissement scolaire. (Société Française de Pédiatrie et sociétés de spécialités pédiatriques)
- Proposition des sociétés savantes de pédiatrie pour les indications de la PCR Covid-19 chez les enfants.

2. Contexte

Données épidémiologiques

- Les enfants sont considérés comme peu concernés par l'épidémie de Covid-19 et représentent moins de 3% des cas confirmés. Ils sont moins atteints, mais peuvent l'être à tout âge, font moins de formes graves et la mortalité est très faible.
- Au-delà de la phase aiguë les professionnels sont appelés à la vigilance du fait d'un risque potentiel d'atteintes myocardique et/ou de tableaux cliniques évocateurs de maladie de Kawasaki.
- Les enfants peuvent être asymptomatiques/« porteurs sains » et donc ne pas être testés et par là-même non diagnostiqués comme infectés.
- La participation des enfants à la propagation du virus initialement surestimée, qu'ils soient ou non symptomatiques reste à préciser.
- Ils semblent être moins contagieux que les adolescents ou les adultes et ainsi être plus souvent contaminés secondairement par leur famille que contamineurs initiaux.

Conditions de reprise de l'activité pédiatrique

- La reprise de l'activité médico-chirurgicale en établissement sanitaire chez l'enfant ne peut être que concertée avec la reprise des activités de médico-chirurgicales, d'anesthésie et soins critiques en charge des adultes.

De nombreux soignants ou non soignants, médecins ou non médecins des services de pédiatrie se sont mobilisés pour prendre en charge des patients adultes, Des locaux et du matériel pédiatrique, voire des services entiers ont été transformés pour prendre en charge des patients adultes. Le retour au fonctionnement antérieur doit être organisé conjointement sur le principe de la réversibilité en cas de reprise des besoins pour de nouveaux patients COVID.

- Les recommandations de reprise des activités médicales chez l'enfant doivent être conçues en cohérence avec celles qui concernent la reprise des activités de chirurgie infantile, les activités des secteurs de la santé mentale et de la prise en charge du handicap chez l'enfant (cf. recommandations ARS spécifiques³).
- Le soutien aux activités de prise en charge des patients adultes a été rendu possible par l'effondrement des passages aux urgences pédiatriques et des hospitalisations conventionnelles ou de jour, par la fermeture de la plupart des consultations pédiatriques à l'hôpital et le développement des téléconsultations.
- Comme chez l'adulte, la période de confinement a eu pour conséquences un certain nombre de retards diagnostics, de décompensation de pathologies chroniques voir de véritables pertes de chances pour les enfants. Ces pertes de chance sont très variables, leurs conséquences pas toujours immédiates : retard à la consultation urgente (exemples de péritonites, méningites, découverte de diabète...), retard dans le suivi d'une pathologie chronique qui va se décompenser, pertes de chances dont l'urgence ne paraît pas immédiatement évidente (retard de développement, symptomatologie neurologique progressive,..).
- Il devient urgent de permettre la prise en charge de tous ces enfants (les semi urgences deviennent des urgences) dans les meilleures conditions que ce soit en ville ou dans les établissements publics qui assurent la quasi-totalité des missions de pédiatrie spécialisée de référence et d'hospitalisation. Cela peut passer par un rappel téléphonique systématique des files actives de malades chroniques.

Une reprise d'activité qui dit s'appuyer sur les constats de la période de confinement

- L'utilisation des téléconsultations en pédiatrie méritera d'être évaluée. Elle a été préférentiellement utilisée en ville et à l'hôpital pour des maladies chroniques avec un bon exemple pour le diabète de type 1 ou la prise en charge a même parfois été améliorée par le recours plus fréquent et systématiques à des équipements connectés. Le bilan de l'inclusion dans les dispositifs e-covid et covidom devra être fait.
- La prise en charge en ville malgré une diminution importante des consultations s'est concentrée sur les urgences, sur le maintien du calendrier vaccinal et le suivi des nouveau-nés après leur sortie de la maternité. Il semble qu'une baisse conséquente des ventes de vaccin en officine ait été constatée (- 30 à - 40%) et doit inciter à une campagne de rattrapage.
- Cette crise sanitaire due au COVID survient juste après une crise préoccupante en Ile de France : l'impossibilité pour les services de pédiatrie franciliens de faire face cet hiver à l'épidémie de bronchiolite à VRS qui avait conduit au transfert en province de près de 30 nourrissons. Nous pouvons craindre une superposition des épidémies l'hiver prochain.

³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

- La réouverture des écoles et le retour des enfants et des personnels de l'éducation nationale se heurtent à des craintes importantes des familles. Toute mesure ou recommandation les concernant aura un impact majeur sur l'ensemble du processus de déconfinement dans le pays.
- La Société Française de Pédiatrie et les sociétés de spécialités pédiatriques ont proposé des recommandations pour favoriser le retour des enfants avec maladie chronique dans leur établissement scolaire.

Si le retour de certains enfants qui peuvent être considérés comme plus à risque doit être favorisé, les mesures barrières recommandées doivent être appliquées avec une vigilance particulière.

Le retour indispensable et parfois urgent de ces mêmes enfants dans leur filière médicale de prise en charge sera donc d'autant plus aisé que les mesures barrières y sont plus facilement applicables.

- Les enfants en situation de précarité ont subi plus que tout autre des conséquences de cette épidémie et du confinement mis en place. Ils seront prioritaires quelque soient les mesures de rattrapage et de retour aux soins proposées.

3. Recommandations

La participation des professionnels de santé en charge des enfants au plan régional de reprise de l'activité de soins non urgents :

- Doit s'appuyer sur la prise en charge en ville (pédiatres et médecins généralistes, médecins de PMI), en cohérence avec les dispositifs d'appui et les CPTS, et sur la prise en charge ambulatoire hospitalière. La participation des réseaux thématiques et des réseaux régionaux est essentielle.
- Les soins de ville ont un rôle central dans la reprise de l'activité et la continuité du système de soins, dans la refonte des parcours patients et l'accès aux soins non programmés, dans la limitation de la propagation de l'épidémie (niveau 1 de la stratégie de contact tracing : diagnostic, prescription de tests pour les contacts proches et isolement).
- L'expérience des téléconsultations et de l'utilisation de la télémédecine durant la crise Covid doit être le point de départ d'une réflexion nouvelle sur une nouvelle façon de pratiquer la médecine.
- La communication la plus large possible est indispensable entre professionnels et envers les patients et leurs familles, ce qui permettra d'organiser au mieux les parcours patients et de rassurer sur les mesures barrières et de « sécurisation » mises en place, préalable indispensable au retour des enfants en consultation.
- Ce plan régional s'appuiera sur le maillage territorial en établissements de santé et en particulier sur les groupements hospitaliers de territoire (reprise d'activité concertée entre les établissements).
- Une attention particulière sera portée aux enfants convalescents et/ou sortis d'hospitalisation : organisation de la sortie, surveillance et vigilance sur d'éventuelles manifestations tardives ou inattendues (ex MARS n°45 Myocardites, Kawasaki)
- Une attention particulière sera portée aux situations de précarité et aux enfants porteurs de handicap

a. La reprise de l'activité médico-chirurgicale chez l'enfant doit être progressive afin de:

- Maintenir une capacité de soins dédiée au covid-19 intégrant l'hypothèse d'une résurgence de l'épidémie ;
- Garantir une reprise progressive sur l'ensemble des segments d'activité hors Covid en priorisant la reprise pour éviter les pertes de chance ;
- Maintenir l'offre de soins critiques pédiatrique, permettant une reprise des activités chirurgicales ;
- Prendre en compte la disponibilité des lits de réanimation, de médicaments, d'équipements de protection et de ressources médicales suffisantes.
- La prise en charge des enfants nécessitant une hospitalisation reste territorialisée et effectuée par les services de pédiatrie de proximité, elle est dépendante des conditions locales, de la disponibilité des équipes et des locaux et basée sur le principe de la réversibilité de l'organisation en cas de ré-augmentation des besoins pour des patients Covid.
- L'indication d'hospitalisation et son lieu (secteur conventionnel, unité de soins continu ou de réanimation pédiatrique) est portée par le pédiatre selon les critères habituellement utilisés pour la prise en charge des enfants.
- Les indications de prélèvements pour recherche de virus SARS-CoV-2 par RT-PCR et les indications de sérologies sont rappelées dans les directives nationales.
- Il revient à l'équipe médicale de déterminer en fonction de l'âge du patient, de son état de santé, de facteurs humains si un soin, une intervention ou tout acte médical doit être considéré comme urgent ou semi urgent. Cette classification est bien sur évolutive, ce qui n'était pas urgent peut le devenir. Le choix est de ne pas faire de liste par pathologie ou spécialité.
- Il appartient à chaque établissement, en concertation étroite avec l'équipe opérationnelle d'hygiène de chaque établissement d'adapter l'organisation des soins lors de la phase de déconfinement avec **pour principe général le maintien des filières COVID+ et COVID- distinctes**. Cette organisation pourra varier entre 2 établissements, entre 2 structures et varier selon l'évolution de l'épidémie (ré évaluations régulières).
- Cette organisation en filières n'implique pas systématiquement l'individualisation de secteurs d'hospitalisation distincts COVID positifs ou COVID négatifs et sera envisagée au sein d'un établissement en tenant compte des organisations locales et de l'évolution de l'épidémie mais devra garantir la protection des personnels et des patients non Covid.
- Cette organisation en filières clairement identifiées, sécurisées et visibles est un préalable au retour des enfants en consultation, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation conventionnelle.

- **Cette organisation en filières implique :**
 - La possibilité d'un contact avec les familles dans les 48 heures précédant l'hospitalisation programmée ou la consultation afin de repérer une éventuelle symptomatologie (auto questionnaire, par exemple le questionnaire standardisé de la société française d'anesthésie réanimation), rassurer sur la sécurisation du parcours et informer sur les mesures préventives mises en place
 - La mise en place pour l'ensemble des parcours patients de conditions de fonctionnement sécurisées (une partie de ces recommandations concerne bien sûr également les consultations « présentiels » en ville) avec par exemple :
 - Un seul accès contrôlé par un guichet protégé
 - avec l'étalement des plages de consultations et/ou des horaires d'admission,
 - des mesures barrière très strictes, notamment la mise à disposition des protections nécessaires pour les professionnels, les patients et les visiteurs (gels et masques voir recommandations port de masques), un aménagement des salles d'attente avec maintien de la distanciation (écart entre les sièges, suppression des jeux et jouets partagés,...), aération régulière, une réflexion sur les sanitaires (toilettes, tables à langer,...), bionettoyage après chaque consultation, la limitation du nombre des accompagnants (prévoir des affichages relatifs aux mesures de protection, des vidéo, tutoriels,...)
 - Port du masque obligatoire pour les parents et adolescents, conseillé à partir de l'âge de 6 ans (vigilance particulière avec masque chirurgical pour les enfants à risque).
 - L'identification de parcours covid positif/suspects de covid : circuits identifiés séparés dès l'entrée dans l'établissement ou de la structure, éventuellement horaires de consultation décalés, et réflexion systématique sur l'opportunité de transformation en téléconsultations.
 - Si l'hospitalisation est nécessaire
 - Les recommandations de mesures barrières type gouttelettes ont vocation à s'étendre à tous les enfants hospitalisés même asymptomatiques et non testés (et seront poursuivies au-delà de la période de crise covid)
 - La limitation des visites aux seuls parents (ou d'un seul parent) porteur(s) d'un masque chirurgical (mise à disposition du masque et de gel hydro alcoolique) Les enfants et leurs familles restent dans leur chambre.
 - Une organisation type secteur Sas/chambre d'attente ou de confinement peut être mise en place, avec précautions d'hygiène standard et gouttelettes tant que le diagnostic d'infection à SARS-CoV-2 n'a pas été éliminé (limitation par le délai de retour des résultats)
 - En cas de confirmation par un test positif ou de cas probable, si l'individualisation de secteurs Covid n'est pas possible ou pas envisageable (faible prévalence, incompatibilité avec les effectifs disponibles ou organisation et locaux non compatibles), le recours aux chambres individuelles est indispensable, mais il faudra là aussi tenir compte de la charge de travail (habillage, déshabillage, etc...). La prise en charge de patients Covid en unité dédiée ou en chambres seules dédiées reste très « consommatrice » de personnel.

- La politique des chambres individuelles en dehors des cas confirmés ou suspects doit être encouragée pour les patients testés négatifs ou non testés (pas à ce jour de recommandation de test systématique à l'admission) mais il faudra tenir compte de son impact sur le capacitaire à surfaces constantes.
- L'accès aux salles de jeu et la désinfection des jouets/livres/outils éducatifs ou pédagogiques sera organisée en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène
- L'école à l'hôpital privilégiera les cours individuels et s'inspirera du protocole sanitaire relatif à la réouverture et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires⁴

b. Le maintien d'une capacité de réponse en réanimation

- Le maintien des capacités de réanimation, leur adaptabilité et la réversibilité des réorganisations en cas de ré-augmentation du nombre de cas est une préoccupation très générale mais qui doit être abordé spécifiquement sur le plan pédiatrique.
- La capacité des équipes de réanimation pédiatrique à organiser des prises en charge de patients adultes a prouvé leur adaptabilité et leur engagement, elle a été permise d'une part par la baisse des activités non Covid médicale et chirurgicales (diminution majeure du post-opératoire, part la décision de régionaliser la prise en charge des soins critiques Covid (Recommandations ARS filière soins critiques pédiatriques⁵) et surtout par l'engagement des équipes de soin.
- La reconstitution urgente des capacités en réanimation pédiatrique, très dépendante des disponibilités en personnels, doit être associée à la nécessaire anticipation de l'hiver prochain.
- L'organisation territoriale des soins critiques pédiatriques et ses capacités en lits devront donc être discutées en tenant compte
 - des prévisions d'hospitalisations à venir en réanimation pour des enfants non Covid (reprise de la chirurgie infantile, reprise d'activités spécialisées non chirurgicales, retards au diagnostic sur des pathologies aiguës, ou décompensation de pathologies chroniques),
 - de l'incertitude sur une 2ème vague d'infection COVID et sur l'existence de formes cliniques inhabituelles à révélation plus tardive
 - du retour de expérience sur l'épidémie de bronchiolite 2019-2020 dont l'analyse initialement prévue au 1^{er} trimestre 2020 doit être rapidement organisé en présence de l'IGAS. Les préconisations insistent sur l'importance du recrutement anticipé de personnel (médical mais surtout paramédical), sur la formation, les conditions de travail et l'attractivité de ces professions.

⁴ <https://www.education.gouv.fr/coronavirus-covid-19-reouverture-des-ecoles-colleges-et-lycees-303546>

⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

c. Le maintien ou le retour de la possibilité de prendre en charge des patients hors COVID dont le retard aux procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques constituerait une perte de chance

Le critère essentiel de la reprogrammation doit demeurer le caractère d'urgence de soins et de perte de chance, avec une vigilance spécifique pour les activités de recours, pour les pathologies chroniques et les populations vulnérables

Les objectifs de la reprise d'activité progressive et maîtrisée sont :

- de limiter la morbidité ou la mortalité pour d'autres pathologies en organisant le recours en ville et surtout hospitalier pour les enfants présentant des signes cliniques autres que COVID, qui se détournent des urgences, reportent un examen diagnostic, le suivi d'une maladie chronique ou une intervention chirurgicale ;
- De maintenir les activités urgentes et reprendre progressivement les activités médicales et chirurgicales lourdes et semi-urgente.

Une ré-augmentation du recours aux services d'urgence pour les enfants doit être anticipée, même si l'organisation est dépendante des disponibilités du personnel et des locaux

Les téléconsultations (et autres techniques de télémédecine) qui ont pu être organisées pendant la phase de confinement, tout particulièrement pour les pathologies chroniques de l'enfant doivent pouvoir continuer à se développer à chaque fois qu'un examen clinique n'est pas indispensable (organiser une alternance avec des consultations présentiels).

Reprendre contact avec les patients, suite de la démarche proactive préconisée pendant la période de confinement, permettra de repérer ces situations de retards de prise en charge, de retard dans les bilans indispensables ou dans la réalisation de certains actes (kinésithérapie...). Il s'agit par exemple d'être attentif aux rendez-vous non honorés chez des patients précaires ou vulnérables.

L'évaluation hospitalière pour une proportion non négligeable de ces maladies rares/chroniques ou l'évaluation en diagnostic initial pour beaucoup d'autres deviennent en effet urgentes.

Une attention particulière doit être portée au maintien du calendrier vaccinal et à la vérification systématique (à chaque contact avec un professionnel de santé) du statut de chaque enfant afin de procéder le plus rapidement possible au rattrapage des injections non réalisées.

d. Les situations de maltraitance envers les enfants (et envers toute personne vulnérable), exacerbées durant cette période de confinement, avec là aussi un risque de retard au diagnostic devront être au premier plan des préoccupations.

e. Il conviendra d'être attentif aux conséquences psychiques du confinement et du déconfinement sur les enfants et les familles (mais aussi sur le personnel)

Au niveau territorial, l'équipe de pédiatrie se mettra en lien avec les structures de pédopsychiatrie et médico-sociales pour la reprise d'activité et la réponse aux nouveaux besoins identifiés.

f. La reprise progressive de l'activité sera conduite conjointement aux mesures visant à contenir la propagation de l'épidémie : Stratégie de contact-tracing post confinement, stratégie de port de masque/ maintien de la distanciation physique, stratégie/indication des tests chez l'enfant

- Stratégie de contact-tracing⁶ :
 - Les médecins des établissements de santé sont des acteurs du 1^e niveau dans la stratégie de détection des cas pour les personnes qui sont prises en charge aux urgences, en consultation et en hospitalisation pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant ou s'ils sont le médecin traitant des patients concernés
 - « Tous les proches, personnels et **enfants** ayant été en contact évalué à risque avec la personne infectée seront identifiés et placés en quatorzaine (isolement de 14 jours après la date du dernier contact avec le cas confirmé). Les contacts s'ils restent asymptomatiques, sont testés à J7 du dernier contact avec le cas. S'ils deviennent symptomatiques ils sont testés sans délai.
- Indication de la RT-PCR Covid-19 chez les enfants (pas d'indication spécifique pour l'enfant même si la faible contagiosité en collectivité est prise en compte)
 - Rappel des recommandations de la Haute Autorité de santé :
 - toute personne admise en établissement de santé doit être considérée comme un potentiel malade Covid+ ; le respect des mesures barrières est l'élément essentiel de la prévention de la transmission du virus.
 - le développement du dépistage systématisé est souhaitable autant que possible de manière générale, tant pour la protection individuelle des patients que pour éviter le risque de diffusion de l'épidémie.
 - Le Collège préconise :
 - toute personne admise dans un établissement de santé pour une hospitalisation programmée bénéficie d'un interrogatoire détaillé pour identifier son statut par rapport au SARS-CoV 2.
 - au minimum, que les patients à risque de forme grave de COVID-19, les patients pour lesquels est programmée une chirurgie avec ouverture ou exposition des voies aériennes (chirurgie ORL, thoracique, de la base du crâne, bronchoscopie, ou tout autre situation à risque), une chirurgie générant des aérosols ou une chirurgie majeure à risque opératoire ou postopératoire, puissent se voir proposer un test diagnostique par RT-PCR dans les 24h à 48h avant l'hospitalisation.
 - au mieux, que les patients puissent se voir proposer un dépistage par RT-PCR avant toute hospitalisation programmée.
 - Au même titre que les adultes tous les enfants symptomatiques doivent être testés qu'ils soient hospitalisés (même sans signes de gravité), en collectivité ou en ville (voir propositions sociétés savantes pédiatriques)

⁶<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-medecine-ville-covid-19.pdf>

- Tout enfant contact à risque doit être testé (au 7^e jour)⁷
 - Le prélèvement naso-pharyngé pour RT-PCR reste le seul recommandé, même si la technique peut être délicate et difficile chez les plus petits, chez certains enfants présentant des troubles neuro-développementaux ou encore porteurs de handicaps. D'autres techniques de prélèvements et d'autres sites de prélèvements peuvent être choisies dans le cadre d'études ou dans des situations particulières.
 - L'utilisation d'écouvillons pédiatriques est recommandée
 - Le recensement des laboratoires et lieux de prélèvement à même de prendre en charge les enfants est une priorité.
- La place de la sérologie reste à définir.

Cf. guide prélèvements pour enfants autistes : faciliter la réalisation des tests naso-pharyngés auprès des personnes TSA-TND⁸

⁷ Pour rappel la liste des contacts à risque est la suivante (cf. définition de cas de Santé Publique France datée du 07/05/2020) :

- En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact : hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas OU la personne contact ; masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR porté par le cas ET la personne contact.
- Partage du même lieu de vie que le cas confirmé ou probable;
- contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (conversation, repas, flirt, accolades, embrassades par exemple). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes contacts à risque ;
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;
- Etant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université) ; a fortiori en crèche

⁸ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/covid-19-et-handicap-organisation-du-depistage-en-ile-de-france>

| | | |
|---|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie de Kawasaki typique et atypique quel que soit l'âge <i>Fièvre, irritabilité, éruption généralisée, urticaire, cocardes, œdème et rougeur des extrémités, conjonctivite non purulente, chéilite, adénopathies cervicales, desquamation des extrémités ...</i> | | Date d'apparition : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Présence d'une sérite <i>Pseudo péritonite, péricardite, épanchement pleural</i> | | Date d'apparition : <input type="text"/> |
| Évaluation de la gravité du patient | | |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation en pédiatrie | Date : <input type="text"/> | Préciser le lieu : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation en unité de soins continus | Date : <input type="text"/> | Préciser le lieu : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation en réanimation <input type="checkbox"/> Nécessité d'amines vaso-pressives <input type="checkbox"/> Nécessité d'une ventilation mécanique <input type="checkbox"/> Nécessité d'une ECMO | Date : <input type="text"/> | Préciser le lieu : <input type="text"/> |
| | Date : <input type="text"/> | Préciser le lieu : <input type="text"/> |
| | Date : <input type="text"/> | Préciser le lieu : <input type="text"/> |
| | Date : <input type="text"/> | Préciser le lieu : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Décès | Date : <input type="text"/> | |
| Est-ce que ce patient a déjà été déclaré dans une base de données concernant le SARS-CoV2 ? | | |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, merci de préciser le nom de la base de données : |

Envoyer votre fiche

Par mail à
l'adresse dédiée suivante :

Daniel.LEVY-BRUHL@santepubliquefrance.fr

ANNEXE 2 :



Fiche urgences pédiatriques et myocardites/vascularites dans le contexte du COVID19

Cette fiche est destinée aux praticiens recevant en urgence des enfants fébriles avec altération de l'état général et présentant des manifestations cardiovasculaires et/ou des manifestations inflammatoires systémiques possiblement reliées à une infection par le SARS-COV2 et qui doivent être soigneusement investiguées.

Ces cas sont particulièrement suspects si existent :

1. Des signes de défaillance cardiaque : asthénie extrême, pâleur, instabilité tensionnelle ou hypotension, tachycardie, pouls filant, souffle cardiaque, polypnée, hépatomégalie, TRC allongé, signes digestifs avec diarrhée
2. Des signes cliniques proches d'une maladie de Kawasaki (fièvre, irritabilité, éruption généralisée, œdème et rougeur des extrémités, conjonctivite non purulente, chéilite, adénopathies cervicales). La suspicion augmentera dans ce cas si :
 - a. L'enfant a dépassé l'âge de 5 ans (l'âge de moins de 5 ans ne l'exclut pas)
 - b. Le tableau est incomplet pour un Kawasaki classique
 - c. Le tableau est atypique avec splénomégalie, des signes neurologiques, rénaux (œdèmes, HTA, IRA)
 - d. L'enfant a des troubles digestifs (diarrhée, douleurs abdominales) concomitants ou ayant précédé
 - e. Présence d'une péritonite, péricardite, épanchement pleural et/ou orchite

Vous devez sans tarder dans ce cas prendre contact avec un service hospitalier et diriger l'enfant par un moyen adapté à son état clinique.

Examens pertinents à réaliser dans ce contexte, en plus des examens habituels réalisés chez un enfant fébrile

- ECG, radiographie du thorax
- NFS, CRP, natrémie, protidémie, albuminémie, urée, créatinine, transaminases, fibrinogénémie, ferritine, NT-Pro BNP, troponine, D-Dimères.
- Faire un prélèvement SARS-COV2 par PCR nasale, sérologie si disponible ou faire une sérothèque, avant éventuelle perfusion des IGIV.

